

|             |                                |                           |             |                              |                        |                 |  |
|-------------|--------------------------------|---------------------------|-------------|------------------------------|------------------------|-----------------|--|
| 請求者の記入するところ | (1) 被保険者証の記号と番号                | (記号) 000                  | (番号) 0000   | (2) 請求者の氏名と印                 | 健保 太郎                  | (3)             |  |
|             | (4) 請求者の現住所                    | 〒000-0000<br>〇〇県〇〇市〇〇町1-1 |             |                              | TEL 000-000-0000       |                 |  |
|             | (5) 被保険者の勤務していた又は勤務する事業所の名称    | 〇〇〇〇株式会社                  |             | (6) 所属部課名                    | 総務部総務課                 |                 |  |
|             | (7) 死亡した年月日                    | 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日            |             | (8) 死亡した原因                   | 心筋梗塞                   |                 |  |
|             | (9) 被保険者が死亡したための請求であるときは、その者の  |                           |             |                              |                        |                 |  |
|             | (イ) 氏名                         |                           | (ロ) 埋葬した年月日 | 令和 年 月 日                     | (ハ) 埋葬に要した費用           | 金 円 (別紙証拠書のとおり) |  |
|             | (ニ) 被保険者の(最後の)標準報酬等級           |                           | 等           | 級                            | (ホ) 死亡した被保険者と請求者との身分関係 |                 |  |
|             | (10) 被扶養者が死亡したための請求であるときは、その者の |                           |             |                              |                        |                 |  |
|             | (イ) 氏名                         | 健保 良子                     | (ロ) 生年月日    | <u>昭和</u> 平成 〇〇年 5月 1日<br>令和 | (ハ) 被保険者との続柄           | 妻               |  |

令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日提出

|     |   |   |  |  |                   |                  |  |  |  |
|-----|---|---|--|--|-------------------|------------------|--|--|--|
| 委任状 | (11) 私は 健保 二郎 を代理人と定め、次の権限を委任する。<br>〇〇年 〇〇月 日請求した埋葬料(費)・埋葬料付加金のうち<br>金 〇〇〇〇〇〇 〇〇円也の受領に関すること。<br>令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日<br>被保険者の住所 〇〇県〇〇市〇〇町1-1<br>(請求者) 氏名 健保 太郎<br>代理人の住所 〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3<br>氏名 健保 二郎 |   |  |  |                   |                  |  |  |  |
|     | (12) 振込希望の金融機関名   | (シカクシカク)(フリガナ) 〇〇 銀行 〇〇 支店<br>(普通 当座 No. 1234567) |  |  | (13) (フリガナ) 口座名義人 | ケンボ ジロウ<br>健保 二郎 |  |  |  |

注) 本請求に基づく給付金については、請求者本人が指定する本人の銀行口座に振込みます。但し、給付金の受領を第三者に委任する場合は、委任状欄に記入、捺印して提出してください。

|             |  |                   |               |                     |  |
|-------------|--|-------------------|---------------|---------------------|--|
| 昭和シエル健康保険組合 | 死亡した者の氏名   | 健保 良子             | 死亡した者は被保険者ですか | 被保険者 <u>被保険者でない</u> |  |
|             | 死亡した年月日  | 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 死亡 |               |                     |  |
|             | 上のとおり相違ないことを証明します<br>令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日<br>〒111-1111<br>事業主名 住所 〇〇県〇〇市〇〇町1<br>及び所在地 氏名 〇〇 〇〇 |                   |               |                     |  |

健康保険法施行規則第59条、第60条、第63の4により被保険者および家族の埋葬料(費)を請求するときは市区町村長の埋葬許可証又は火葬許可証の写、死亡診断書、死体検案書又は検視調書の写のいずれかの証明書を添付する

注1 太い枠の中は(9)の(三)を除き、すべて申請者が記入する。

注2 被扶養者の死亡の場合は被扶養者異動届を添付する。

注3 保険証を添付する。

## 埋葬料付加金請求書

|                  |                             |        |         |
|------------------|-----------------------------|--------|---------|
| 被保険者証の<br>記号及び番号 | 第 000-0000 号                |        |         |
| 事業所の名称           | 〇〇〇〇株式会社                    |        |         |
| 死亡した<br>被保険者の氏名  |                             |        |         |
| 死亡の年月日           | 令和 年 月 日                    |        |         |
| 死亡した<br>被扶養者の氏名  | 健保 良子                       |        |         |
| 死亡の年月日           | 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日              |        |         |
| 被保険者との続柄         | 妻                           |        |         |
| 銀行口座名            | (マルマル)(フリガナ)<br>〇〇 銀行 〇〇 支店 | 口座番号   | 0000000 |
| 口座名              | 普通                          | (フリガナ) | ケンボ タロウ |
|                  |                             | 名義人    | 健保 太郎   |

被保険者が死亡したための請求の場合は、振込先を最新のものとしてください。

上記によって金 〇〇〇〇〇〇 円を請求する

令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

昭和シェル健康保険組合理事長殿

〒000-0000

請求者の住所 〇〇県〇〇市〇〇町1-1

電話番号 (000) 000 - 0000

氏名及び印 健保 太郎

被保険者との続柄 本人

